E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
N.I.T.: 890501438
CLL 7 N 29 144 - OCAÑA
TELÉFONO: 5611435

COMPROBANTE DE EGRESO GENERAL : CEE-3757
FECHA DOCUMENTO : 30/11/2023

PAGADO A: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER - 890500890

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL COP M/L

CONCEPTO: PRODUCTO FARMACEUTICO - PAPELERIA SEGUN SOLICITUD N. 525.CONTRATO DE SUMINISTRO N. 448 DEL 20 SEPTIEBRE 2023.

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	CHEQUE	DOCUMENTO	VALOR APLICADO	DESCUENTO
240101.01	Bienes Y Servicios			4,760,000	
				4,760,000	

CUENTA	FORMA DE PAGO		VALOR PAGADO
111005.12	BANCOLOMBIA CTE 318-509887-61	FCF 2853	4,760,000

IMPUTACION CONTABLE

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA		DÉBITO	CRÉDITO
151403.01	Medicamentos	FCF-2853	1,760,000	
151490.02	UTILES DE OFICINA Y PAPELERIA	FCF-2853	3,000,000	
240101.01	Bienes Y Servicios	FCF-2853		4,760,000
			4,760,000	4,760,000

ELABORO	APROBO	REVISO	RECIBIDO
EDRY JOSÉ SÁNCHEZ CASADIEGO	JOSE MANUEL GALEANO	CLAUDIA DE LA ROSA	Firma y CC o NIT

No Tiene nada en secop

E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
N.I.T. : 890,501,438 - 1

DEFINITIVA DE PAGO No 2047

FECHA: 30/11/2023

A FAVOR DE : INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER NIT : 890500890

COMPROMISO : PRODUCTO FARMACEUTICO - PAPELERIA SEGUN SOLICITUD N. 525.CONTRATO DE SUMINISTRO N. 448 DEL 20 SEPTIEBRE 2023.

REGISTRO PRESUPUESTAL : 1176 DEL 20/09/2023

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS :

RUBRO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	VALOR
00O-2.4.5.01.03.04	Productos farmaceuticos	1,760,000.00
01O-2.1.2.02.03	Gastos imprevistos	3,000,000.00
	TOTAL A PAGAR :	4,760,000.00

VIGENCIA : 2023

VALOR : CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS

AMAYA PINO ALVARO ENRIQUE
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
N.I.T. : 890,501,438 - 1

REGISTRO PRESUPUESTAL No 1176

FECHA: 20/09/2023

A FAVOR DE : INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER NIT : 890500890

COMPROMISO : PRODUCTO FARMACEUTICO - PAPELERIA SEGUN SOLICITUD N. 525,CONTRATO DE SUMINISTRO N. 448 DEL 20 SEPTIEBRE 2023.

DISPONIBILIDAD : 880 DEL 30/08/2023

CON CARGO A LOS SIGUIENTES RUBROS :

RUBRO	DESCRIPCIÓN DEL RUBRO	VALOR
000-2.4.5.01.03.04	Productos farmaceuticos Código CPC : 3526199	1,760,000.00
010-2.1.2.02.03	Gastos imprevistos Código CPC : 3270105	3,000,000.00
		4,760,000.00

VIGENCIA : 2023

VALOR : CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS

AMAYA PINO ALVARO ENRIQUE
PROFESIONAL ESPECIALIZADO

PROYECTO: CASTELLANOS LEON XIOMARA SMITH

Instituto Departamental de Salud
Norte de Santander

FACTURA ELECTRONICA DE VENTA
FVE-1865
FECHA: 08/09/2023
FORMA PAGO : CONTADO
FEC. VENCE: 08/09/2023

CUFE:

Datos del Emisor		Adquiriente	
Razón social/Nombre:	INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD-NORTE DE SDER	**Razón social/Nombre:**	EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
NIT:	890500890-3	**NIT:**	890501438-1
Dirección:	AV 0 N 9 60 EDIF. ROSETAL	**Dirección:**	CL 7 29 144 BRR LA PRIMAVERA
Teléfonos:	5784988	**Teléfonos:**	5636330

Item	Código	Descripción	Cantidad	Vr. Unit.	% IVA	Vr. Total
1	C0030	RECETARIOS OFICIALES	150.00	20,000.00	0.00	3,000,000.00
	LOTE: Articulo sin lote	UNIDAD: unidad				
2	C0032	HIDROMORFONA X 2 MG	80.00	22,000.00	0.00	1,760,000.00
	LOTE: HMF-070	UNIDAD: caja				

Código	Descripción	Vr. Total

Total base:	4,760,000.00
IVA:	0.00
SubTotal	4,760,000.00
Retenciones:	0.00
Descuentos:	0.00
TOTAL:	4,760,000.00

Monto en letras: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS.

ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES OCAÑA
TRANSF BBVA 06-09-23
RECIBE: HUMBERTO ALONSO REYES AREVALO CC 88276142

18764040767354

E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES

890,501,438 - 1

COMPROBANTE DE ENTRADA

DE ELEMENTOS A ALMACEN N°: FCF - 2853

COMPRADO A : INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER

NIT : 890500890

FECHA : 20/09/2023

FACTURA No : FVE - 1865

CON DESTINO : FARMACIA CENTRAL

RESUMEN : C.S No 448 CDP No 880, RP No 1176
FI 20/09/2023 FT 06/10/2023
FC No FVE-1865 08/09/2023

PRODUCTO	DESCRIPCIÓN	UNIDAD	IVA	CANTIDAD	VLR UNIDAD	SUBTOTAL
01.10.001985	RECETARIOS PARA LA INSPECCION Y VIGILANCIA Y CON	UND	0	150.00	20,000	3,000,000
N02AA03	HIDROMORFONA CLORHIDRATO 2MG / ML SOLUCION IN	AMP	0	800.00	2,200	1,760,000

SUBTOTAL :	4,760,000.00
I.V.A. :	0.00
TOTAL COMPRA :	4,760,000.00

SON : CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS

FIRMA DE LA PERSONA QUE RECIBE

E.S.E HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES
N.I.T.: 890501438
DIRECCIÓN: CLL 7 N 29 144 - OCAÑA
TELÉFONO: 5611435

FACTURA DE COMPRA FARMACIA : FCF-2853
FECHA DOCUMENTO : 20/09/2023

PAGADO A: INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER - 890500890

LA SUMA DE: CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL COP M/L

CONCEPTO: C.S No 448 CDP No 880, RP No 1176
FI 20/09/2023 FT 06/10/2023
FC No FVE-1865 08/09/2023

CUENTA	NOMBRE DE LA CUENTA	DOCUMENTO	DÉBITOS	CRÉDITOS
151403.01	Medicamentos		1,760,000	
151490.02	UTILES DE OFICINA Y PAPELERIA		3,000,000	
240101.01	Bienes Y Servicios			4,760,000
		TOTALES IGUALES	$ 4,760,000	$ 4,760,000

ELABORADO POR	AUTORIZADO POR	FIRMA Y SELLO
Mario Batista M.		
BATISTA MARIO		C. C. o NIT Nº

ANEXO

CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE APORTES AL SGSSS

ARTICULO 50 LEY 789 DE 2002

Yo, **CARLOS ARTURO MARTÍNEZ GARCÍA**, identificado con cedula de ciudadanía N°13.467.265 expedida en Cúcuta, en mi calidad de DIRECTOR y por ende Representante Legal del Establecimiento Público del Orden Departamental, adscrito al Departamento Norte de Santander denominado **INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD DE NORTE DE SANTANDER** según Ordenanza de Creación N°018 de julio 18 de 2003, con número de Identificación Tributaria N°890500890-3, bajo la gravedad del juramento manifiesto, que la empresa ha cumplido durante los seis (6) meses anteriores a la fecha de expedición de la presente certificación, con los pagos al sistema de seguridad social en salud, pensiones y riesgos profesionales y con los aportes parafiscales correspondientes a todos sus empleados vinculados por contrato de trabajo, por lo que declaro que se encuentra a PAZ Y SALVO con las Empresas Promotoras de Salud -EPS-, los Fondos de Pensiones, las Administradoras de Riesgos Profesionales -ARP-, las Caja de Compensación Familiar, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar -ICBF- y el Servicio Nacional de Aprendizaje "SENA".

Firma autorizada

Identificación No. 13.467.265 de Cúcuta.

En calidad de Director del INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD N. DE S.

Ciudad y fecha, Cúcuta, septiembre 15 de 2023

I. DATOS DEL CONTRATO

PERÍODO DEL INFORME	**DEL 20 AL 30 DE SEPTIEMBRE DE 2023**
TIPO DE CONTRATO	SUMINISTROS
NUMERO DE CONTRATO	**448 - 2023**
FECHA GENERACIÓN DEL CONTRATO	04 DE SEPTIEMBRE DE 2023
CONTRATISTA	**INSTITUTO DEPARTAMENTAL DE SALUD NORTE DE SANTANDER**
DOCUMENTO	NIT: 890500890
RUBRO PRESUPUESTAL	00O-2.4.5.01.03.04 PRODUDTOS FARMACEUTICOS CPC: 3526199 01O-2.1.2.02.03 GASTOS IMPREVISTOS CPC: 3270105
DISPONIBILIDAD PRESUPUESTAL No.	880 DEL 30/08/2023
REGISTRO PRESUPUESTAL No.	1176 DEL 20/09/2023
VALOR	CUATRO MILLONES SETECIENTOS SESENTA MIL PESOS M/CTE **($4.760.000,00)**
FECHA INICIO DEL CONTRATO	**20 DE SEPTIEMBRE DE 2023**
FECHA TERMINACIÓN DEL CONTRATO	**06 DE OCTUBRE DE 2023**
OBJETO:	SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL MONOPOLIO DEL ESTADO Y RECETARIOS OFICIALES DE MEDICAMENTOS DE CONTROL ESPECIAL PARA LA FORMULACION Y ATENCION A PACIENTES INGRESADOS EN LA ESE HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES Y SUS SEDES ADSCRITAS.

Para efectos del presente formato informe de supervisión, en adelante la E.S.E. HOSPITAL EMIRO QUINTERO CAÑIZARES se denominará EL HOSPITAL y, la otra parte, EL CONTRATISTA.

II. OTROSÍ/SUSPENSIÓN

ADICION	SI		NO	X	VALOR	
PRORROGA	SI		NO	X	VIGENCIA	
MODIFICACIÓN	FECHA		DD/MM/AAAA		ASUNTO	
SUSPENSIÓN	SI		NO		CAUSA	
FECHA INICIO	DD/MM/AAAA		FECHA FIN		DD/MM/AAAA	

III. INFORMACION DEL SUPERVISOR

NOMBRE DEL SUPERVISOR	**HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO**
CARGO	SUBGERENTE CIENTIFICO
NOMBRE SUPERVISOR DE APOYO	**JORGE LUIS RIZO MOLINA**
CARGO/CONTRATISTA	LÍDER DE FARMACIA

IV. SEGUIMIENTO CONTRACTUAL

1. CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

a. OBLIGACIONES GENERALES DEL CONTRATISTA

OBLIGACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES

1. Cumplir con el plazo estipulado para el cumplimiento de requisitos de legalización del contrato, de conformidad al cronograma del proceso.	X		
2. Ejecutar el objeto del contrato en los plazos establecidos, haciendo entrega real y material y en condiciones de calidad de los servicios contratados bajo las condiciones técnicas y económicas de acuerdo con su propuesta.	X		
3. Enmarcar sus actuaciones dentro del ordenamiento jurídico vigente y obrar con diligencia en la ejecución de los procesos encomendados por EL HOSPITAL.	X		
4. Acatar las instrucciones que durante el desarrollo del contrato imparta **EL HOSPITAL**, por conducto del funcionario que ejercerá la Supervisión.	X		
5. Suministrar al Supervisor toda la información requerida para el ejercicio oportuno de su gestión.	X		
6. Atender las sugerencias y/o recomendaciones hechas por **EL HOSPITAL**, en cabeza del Supervisor encargado.	X		
7. Presentar ante el supervisor del contrato informe técnico escrito mensual de los servicios prestados o de acuerdo a lo requerido.	X		
8. Suscribir oportunamente el acta de inicio y el acta de liquidación del contrato, conjuntamente con el/la supervisor/a del mismo, cuando corresponda.	X		
9. Utilizar de manera racional los recursos energéticos e hídricos de las instalaciones de **EL HOSPITAL** en el caso que requiera de estos para la ejecución de sus actividades. Queda entendido que no habrá vínculo laboral alguno entre el personal utilizado por EL **CONTRATISTA y EL HOSPITAL.**	X		
10. Cumplir con el pago oportuno de todos los conceptos asociados prestaciones sociales, seguridad social y parafiscal de todo el personal que ponga a disposición de EL HOSPITAL, para el desarrollo del objeto contractual.	X		
11. Presentar la facturación en forma oportuna con todos los soportes requeridos por las instancias de EL HOSPITAL, para el respectivo trámite del pago.	X		
12. Las demás obligaciones que directa o indirectamente se desprendan del objeto y alcance contratado.	X		

b. OBLIGACIONES ESPECIFICAS DEL CONTRATISTA

OBLIGACIÓN	CUMPLE	NO CUMPLE	OBSERVACIONES
1) Desarrollar el objeto contractual en condiciones de eficiencia, oportunidad y calidad de conformidad a los parámetros establecidos.	X		
2) Cumplir con el objeto y especificaciones técnicas del			

contrato en el plazo convenido.	X		
3) Garantizar la cantidad y calidad de los bienes solicitados de conformidad con lo acordado en la propuesta y/o cotización	X		
4) Mantener los precios ofertados.	X		
5) Entregar los bienes objeto del contrato en los sitios indicados por el Supervisor del mismo.	X		
6) Proveer todos los elementos indicados en el objeto del contrato, de buena calidad y presentación.	X		
7) De presentarse devoluciones por calidad, o defecto de fabricación, o especificaciones diferentes, el contratista repondrá el (los) elemento (s) dentro de ocho (8) días hábiles siguientes al reclamo presentado.	X		
8) Informar al supervisor del contrato de manera inmediata los hechos o circunstancias que puedan incidir en la no oportuna o debida ejecución del contrato	X		
9) Dar respuesta oportuna a las observaciones o requerimientos que realice la supervisión del contrato.	X		
10) Asumir en su totalidad el costo de transporte hasta la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares.	X		
11) Garantizar que los medicamentos sean transportados cumpliendo con el protocolo requerido, que permitan certificar el buen estado de los mismos, y las temperaturas de almacenamiento establecidas por el fabricante.	X		
12) Garantizar que los medicamentos cumplan con las características físico-químicas estipuladas por el fabricante y empaques y etiquetas íntegras	X		
13) Las demás que se requieran para el cabal cumplimiento del objeto contractual.	X		

2. RESULTADO DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE LAS OBLIGACIONES DEL CONTRATISTA

De conformidad con lo estipulado en los estudios de conveniencia y oportunidad y según lo indicado en el contrato, el contratista, dio cumplimiento al objeto contratado, su alcance y las obligaciones.

Se evidencia que existen los informes periódicos a cargo del contratista, así como, los informes responsabilidad de la supervisión, los cuales se encuentran cargados en la plataforma de SECOP II.

3. BALANCE FINANCIERO

1.	**VALOR INICIAL DEL CONTRATO**	**$4.760.000,00**
2.	+ VALOR ADICION (No aplica)	**$0,00**
3.	**= VALOR TOTAL DEL CONTRATO**	**$4.760.000,00**
4.	+VALOR FACTURADO A CANCELAR EN ESTA CUENTA PERIODO DE EJECUCION **(FVE-1865 SEPTIEMBRE DE 2023)**	$4.760.000,00
5.	**=TOTAL VALOR EJECUTADO**	**$4.760.000,00**
6.	**(3-5)=TOTAL VALOR POR EJECUTAR A LA FECHA DEL PRESENTE INFORME**	**$0,00**

4. CONCEPTO DEL SUPERVISOR SOBRE EL CUMPLIMIENTO GENERAL DEL OBJETO DEL CONTRATO

En calidad de supervisor(es) del Contrato designado(s) por EL HOSPITAL, se verificó que, respecto del objeto contratado, su alcance y las actividades ejecutadas, existe cumplimiento de las mismas por parte de EL CONTRATISTA.

5. RESULTADO DE LA SUPERVISIÓN DEL CONTRATO

Una vez constatado y descrito el cumplimiento del objeto contratado por parte del CONTRATISTA, el cumplimento es:

Estado del Desarrollo del Contrato	SI	NO
SATISFACTORIO	X	
NORMAL		
REQUIERE AJUSTE		

- **Recomendaciones o sugerencias acerca del desempeño del contratista:**

A la fecha de la realización del presente informe, no hubo recomendación u observación alguna por parte de la supervisión.

6. FUENTES DE VERIFICACION A CONSULTAR EN RELACION AL CUMPLIMIENTO DEL OBJETO CONTRATADO

- Expedientes contractuales cargado en la plataforma SECOP II.
- Informe de actividades (No aplica)
- Seguridad Social (Septiembre) No. Planilla No
- Cuenta de cobro y/o factura electrónica de venta No. FVE-1865
- Entrada a Almacén No FCF 2853

7. INFORME FINAL DE SUPERVISION

Teniendo en cuenta las obligaciones derivadas del contrato, en el marco de las funciones asignadas en el artículo 38 del Estatuto de Contratación de la E.S.E. Hospital Emiro Quintero Cañizares, adoptado mediante Acuerdo No 004 de 2014 y modificado por Acuerdo No 007 de 2022 del 10 de noviembre, me permito:

Certificar que:

Que, en desarrollo de mi función de supervisión, he elaborado oportunamente y subido a la plataforma de SECOP II todos los informes y documentos producidos con ocasión de la ejecución del contrato donde se visualiza el cumplimiento del objeto del contrato.

Así mismo, se verificó y constató que el contratista presentó las planillas que acreditan el pago de aportes de salud, pensión y riesgos laborales de acuerdo con las normas vigentes y con las demás obligaciones fiscales del orden regional y nacional. La cual está cargada anexa en la cuenta de cobro correspondiente al periodo.

Se firma el presente formato de informe de supervisión por quienes en la misma intervienen, en el mes de septiembre de dos mil veintitrés (2023).

Supervisor,

Firma:
NOMBRE: **HOLGER ALEXIS SANTOS MALDONADO**
Cargo: SUBGERENTE CIENTIFICO
N° Documento: C.C. 88.234.873

Supervisor de apoyo,

Firma:
NOMBRE: **JORGE LUIS RIZO MOLINA**
Cargo: LÍDER DE FARMACIA
N° Documento: C.C 1.064.840.201